

синдром, надпочечниковая недостаточность, дыхательная недостаточность III, ОРДС-синдром; сердечная недостаточность II; ОПН, ст. анурии; отек мозга; декомпенсированный газовый и метаболический ацидоз.

При патологоанатомическом обследовании подтвердился клинический диагноз. И у всех детей патологоанатомом была выявлена частичная жировая дистрофия вилочковой железы, что трактуется как первичный неклассифицируемый иммунодефицит [3].

#### **Выводы.**

1. Во всех рассматриваемых случаях выявлено несвоевременное обращение за медицинской помощью.
2. Все дети имели отягощенный акушерский анамнез, отсутствовало естественное вскармливание на первом году жизни, отмечались частые ОРВИ.
3. Течение гемофильного сепсиса у всех пациентов было молниеносным с развитием септического шока, полиорганной недостаточности.
4. При лабораторном обследовании у всех пациентов отмечались сходные изменения. В общем анализе крови определялась лейкопения, что указывает на неблагоприятный прогноз.
5. У всех детей гемофильная сепсис развился на фоне первичного неклассифицируемого иммунодефицита, что объясняет молниеносное течение заболевания у детей старше 1 года и неблагоприятный исход.

#### **Литература:**

1. Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей : учебник / В.Ф. Учайкин, О.В. Шамшева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 790 с.
2. Астапов, А.А. Этиологическая структура нейроинфекций у детей в Республике Беларусь в XXI веке / А.А. Астапов, А.А. Ластовка. – Минск, 2018.
3. Патология : рук. / под ред. М.А. Пальцева, В.С. Паукова, Э.Г. Улумбекова. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 960 с.

**УДК 616.24-002.17**

### **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ПРИ COVID-19**

**Земко В.Ю.**

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Появление *коронавирусной болезни* (COVID-19) поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи пациентам. В настоящее время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях, профилактике и лечении этого заболевания ограничены. Коронавирусы – это большое семейство вирусов, в которое входят вирусы, способные вызывать целый ряд заболеваний у людей – от распространенной простуды до тяжёлого острого респираторного синдрома [1]. Известно, что наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония, у 3–4% пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) [2].

**Цель.** Установить особенности клинического течения и интенсивной терапии тяжелой пневмонии при коронавирусной инфекции.

**Материал и методы.** Проведено исследование результатов клинического и лабораторного обследования, а также лечения 30 пациентов с внегоспитальной пневмонией тяжелого течения при коронавирусной инфекции. РНК коронавируса SARS-CoV-2 идентифицирована методом полимеразной цепной реакции у всех пациентов из носоглотки и/или ротоглотки, двукратный положительный результат серологических тестов с интервалом в 24 часа имели 23 (78 %) пациента. По данным компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки определяли участки интерстициальной инфильтрации по типу «матового стекла». Лабораторные данные пациентов с пневмонией при коронавирусной инфекции сравнивали с группой пациентов с пневмонией бактериальной этиологией, подтвержденные положительными результатами

микробиологического исследования. Наиболее часто у пациентов с бактериальной пневмонией из мокроты выделяли *Acinetobacter spp.* (31 %), *Pseudomonas aeruginosa* (21 %), *Klebsiella pneumoniae* (20 %), *Staphylococcus aureus* (17 %), другие микроорганизмы составили 11 %.

Пациенты с коронавирусной инфекцией находились на лечении в ОРИТ УЗ «Витебская областная клиническая больница» за период март-июнь 2020 года, пневмонией бактериальной этиологии – за 2019 гг. Характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика включенных в исследование пациентов

Группа	Вирусные пневмонии	Бактериальные пневмонии
Возраст, лет	65,8 ± 16,2	64,3 ± 14,2
Соотношение муж./жен.	18 (60 %) / 12 (40 %)	21 (70 %) / 9 (30 %)

Для обработки данных применяли непараметрические методы статистики. Значения принимали за статистически значимые при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Все пациенты с вирусной пневмонией нуждались в проведении респираторной поддержки: инсуффляция увлажненного кислорода проводилась 76,7 %, искусственная вентиляция легких (ИВЛ) – 23,3 % пациентов. Средняя длительность лечения в стационаре составила 15,7±14,8 дней, в ОРИТ – 12,2±6,1 дней. Оценивались клинические и лабораторные данные пациентов при поступлении в стационар обеих групп. Сухой кашель имели – 70 % пациентов, одышку – 96,7 %. Средняя температура тела составила – 36,8 [36,6–37,5] °С, степень насыщения гемоглобина крови кислородом 85 [79–90] % без кислородной поддержки. Оценивалось наличие сопутствующей патологии при вирусной пневмонии, при этом наиболее часто пациенты имели ишемическую болезнь сердца – 19 (63,3 %), ожирение – 12 (40 %), артериальную гипертензию – 8 (26,7 %), сахарный диабет – 5 (16,7 %). Острый респираторный дистресс-синдром осложнил течение пневмонии в 20 случаях (66,7 %), сепсис развился в 4 случаях (13,3 %), острое повреждение почек – в 13 (43,3 %).

Для пациентов с бактериальной пневмонией был характерен лейкоцитоз 11,1 [7,7 – 18,4]  $10^9$  / л, в то время как при вирусной пневмонии количество лейкоцитов в крови статистически значимо не отличалось от нормы 10,2 [6,3 – 16,2]  $10^9$  / л, но в то же время в лейкоцитарной формуле отмечена лимфопения 10 [4–18] %. Среди показателей биохимического исследования для пациентов с вирусной пневмонией была характерна гипергликемия 5 [3,6–6,5] ммоль/л, а также статистически значимо более высокий показатель С-реактивного белка 56 [50–68] мг/мл и креатинина 0,086 [0,067–0,115] мкмоль/л. В коагулограмме фибриноген был выше нормы в обеих группах, причем более высокий – при бактериальной пневмонии 6,5 [4,2–9,0] г/л. Лимфопения и гипергликемия были наиболее распространенной лабораторной находкой при COVID-19 и обнаружены у 25 (83,3%) госпитализированных пациентов. Доля пациентов, требующих ИВЛ, была невысокой и не различалась между группами пациентов. Однако ОРДС осложнил течение пневмонии при COVID-19 инфекции в более половины случаев (20 пациентов (66,7 %)), причем отношение парциального напряжения кислорода в артериальной крови к фракции кислорода во вдыхаемом газе было статистически значимо ниже при вирусной пневмонии и составило 219,8 [103,6–235], что говорит о более тяжелом течении заболевания. Интерлейкин-6 как маркер цитокинового шторма, включающий неконтролируемое высвобождение цитокинов, был выше в 2,5 раза нормы при вирусной пневмонии ( $p < 0,05$ ).

### Выводы.

Лимфопения и гипергликемия являются наиболее распространенной лабораторной находкой у пациентов с пневмонией тяжелого течения при коронавирусной инфекции. Сохраняющиеся лимфопения, повышенные уровни креатинина, С-реактивного белка, интерлейкина-6 в сыворотке, гипопроотеинемия, повышенный лактат, снижение респираторного индекса были характерны для более тяжелого течения заболевания.

### Литература:

1. Beeching, N.J., Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Electronic resource] / N.J. Beeching, T.E. Fletcher, R. Fowler // BMJ Best Practice. – 26.06.2020. – Mode of access: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168>. – Date of access: 28.06.2020.

2. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected [Electronic resource] // World Health Organization. – 13.03.2020. – Mode of access: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf?sfvrsn=bc7da517\\_10&download=true](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf?sfvrsn=bc7da517_10&download=true). – Date of access: 13.05.2020.

**УДК 616.5-002.33**

## **РАСПРОСТРАНЁННЫЙ ЭРИТЕМАТОЗНО-ПУСТУЛЁЗНЫЙ ДЕРМАТОЗ: СЛУЧАЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

*Зыкова О.С.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Среди нежелательных явлений, связанных с приёмом лекарственных препаратов, кожные реакции имеют значительный удельный вес. Согласно определению ВОЗ, лекарственно индуцированные реакции кожи (ЛИРК) – это любое непреднамеренное и вредное морфологическое изменение кожи, которое развилось при системном или местном применении лекарственного средства в обычных дозах с целью диагностики, лечения или профилактики [1]. Факторами риска лекарственно индуцированных кожных реакций являются генетическая предрасположенность, наличие у пациентов других видов аллергии, повторное или длительное применение лекарственных средств, применение депо-препаратов, полипрагмазия, а также особенности физико-химической структуры препарата. В дерматовенерологии такие состояния традиционно обозначались термином «токсикодермия», под которым понимают состояния, развившиеся в течение нескольких часов или дней после начала приёма лекарственного средства. В патогенезе заболевания присутствуют аллергия и токсикоз [2].

Когда речь идёт о токсикодермиях, имеются в виду токсико-аллергические дерматозы, связанные с введением в организм не только лекарственных, но и пищевых и непищевых лекарственных веществ-аллергенов, что отражено в классификации МКБ-10 в рубрике L 27 «Дерматит, вызванный веществами, принятыми внутрь». Поражение кожи развивается по IgE-зависимому (гиперчувствительность немедленного типа) и IgE-независимому (иммунокомплексный тип и гиперчувствительность замедленного типа) механизмам. Токсический механизм обусловлен выбросом биологически активных веществ (гистамина, ацетилхолина, ферментов, цитокинов).

В свою очередь, лекарственно индуцированные кожные реакции представлены в МКБ 10 гораздо шире, и включают ряд заболеваний, которые могут развиваться в ответ на введение в организм лекарственных препаратов. В их числе несколько видов многоформной эритемы, аллергическая крапивница, ангионевротический отёк, анафилактический шок, а также патологическая реакция на лекарственное средство или медикаменты неуточнённая [3]. В практической деятельности дерматовенерологи имеют дело с ЛИРК, развившимся по механизму гиперчувствительности замедленного типа с клиническими проявлениями в виде экзематозных или эритематозных высыпаний. В установлении диагноза имеют значение такие признаки системного поражения кожи, как симметричный и распространённый характер с концентрацией в местах трения (сгибах), на коже лица (особенно в периорбитальной области); вовлечение в патологический процесс слизистых оболочек с развитием эрозивного поражения; острый или подострый характер воспаления кожи или слизистых. Фиксированные немногочисленные или одиночные очаги воспаления наиболее часто встречаются при фиксированной эритеме.

Дифференциальная диагностика на ранних стадиях заболевания проводится с инфекционными экзантемами/энантемами, хроническими аллергическими дерматозами в стадии обострения и другими дерматозами. Особое место принадлежит ЛИРК, развившимся по механизму гиперчувствительности замедленного типа с клинико-морфологическими признаками хронических не аллергических дерматозов, в том числе тяжёлых и осложнённых их форм,